

Índice

Introdução.....	5
I. Pertinência do Estágio	5
II. Psicologia do Exercício e Atividade Física	6
III. Tarefas e Funções do Psicólogo do Exercício	7
IV. Caracterização do local de estágio	8
Health Club Korp Less	8
1.1 Localização.....	8
1.2 Serviços	8
1.3 População Alvo	8
1.4 STAFF	9
1.5 Modalidades	9
1. Musculação.....	9
2. Cardiofitness.....	9
3. Aulas de Grupo.....	9
V. Projeto de Intervenção	10
Programa: Apoio a Adesão e Manutenção na Atividade.....	10
Introdução.....	10
Procedimentos	10
Objetivo	10
Avaliação	10
Intervenção	11
Programa: Programa de Gestão e Controlo de Peso.....	12
Estratégias de Intervenção	12
Balança	12
Calendário de Organização Semanal de Atividades.....	12
Definição de Objetivos	13
Diário Alimentar Semanal	13
VI. Diário de Campo.....	14
Descrição Sumária de duas Intervenções	15
I. Introdução - Psicologia do Desporto e Saúde.....	21
II. Caracterização do local de estágio	22
Tian Di Ren	22
1.1 Localização.....	22
1.2 Serviços	22
1.3 O que é a Medicina Tradicional Chinesa (MTC)	22
1.4 A MTC tem-se demonstrado eficaz nas seguintes patologias	22
1.5 Terapêuticas disponíveis na Tian Di Ren	23
Acupunctura.....	23
Fitoterapia Chinesa	23
Tui Na.....	23
III. Diário de campo.....	24
IV. Projeto de Intervenção	26
Programa de Intervenção com Atletas.....	26
Introdução.....	26
Objetivo	26
Avaliação/Intervenção	26

Estratégias de Intervenção	26
Descrição Sumária das Intervenções	27
Programa De Cessação Tabágica	29
- Intervenção Multidisciplinar -	29
Modelo Cognitivo da Adição	29
Materiais e equipamentos	29
Avaliação	30
Estrutura das sessões	30
Modelo.....	31
Estratégias de Intervenção	31
Plano de Intervenção	31
Programa de Gestão e Controlo de Peso	32
Objetivos.....	32
Modelo.....	32
Estrutura das sessões	32
Estrutura do Programa de Intervenção	33
Atividade Física.....	33
Alimentação e Nutrição	33
Mudança Comportamental	34
Avaliação	34
Estratégias de Marketing tian di ren	36
Participações Em Eventos	36
V. Reflexão do estágio Health Club Korp Less	37
VI. Reflexão do estágio na Clínica Tian Di Ren	39
VII. Reflexão Final	40
VIII. Bibliografia	41
Anexos.....	42
Assiduidade e cartão de informações entregue aos praticantes.....	42
Documentos de Apoio (á intervenção Korpless).....	43
Importância de um Programa de Cessação Tabágica	44
Dados epidemiológicos sobre hábitos tabágicos	44
Benefícios da Cessação Tabágica.....	45
Razões para deixar de fumar	45
Modelo Cognitivo da Adição	46
Avaliação	46
Estratégias de Intervenção	48
Plano de Intervenção	51
Programa de Gestão e Controlo de Peso	53
Objetivos.....	53

Introdução

Este trabalho foi desenvolvido no âmbito da unidade curricular de Estágio. O estágio é mais um contributo para a nossa formação, tendo assim espaço para aplicar e avaliar metodologias de intervenção, avaliando quais as mais eficazes e as que podem contribuir para um dos objetivos no contexto do exercício a manutenção do praticante.

Assim o estágio foi desenvolvido em contextos diferenciados no Health Club Korp Less e na Clinica Tian Di Ren com a colaboração do orientador académico o professor Luís Cid, desenvolveram-se programas de intervenção para contextos diferenciados, para ginásio e clinica de medicina tradicional chinesa.

Portanto, este documento pretende ser um dossiê de todo o trabalho e programas desenvolvidos durante o período de estágio.

I. Pertinência do Estágio

Observando a enorme diversidade dos problemas de saúde, que frequentemente se debatem nos países mais desenvolvidos, está associada a transformações constantes dos hábitos de vida, nos quais se inclui uma redução dos níveis de atividade física que levam a um estilo de vida cada vez mais inativo.

Atualmente existe uma ampla evidência de que o exercício regular e moderado tem benefícios incontestáveis para a saúde física, psicológica e social, podendo contribuir de forma significativa para o bem-estar geral do sujeito em todas as idades.

Neste sentido é importante a intervenção no contexto do exercício, que tem como objetivo compreender e promover a participação dos sujeitos na atividade física e exercício, através da identificação das variáveis determinantes (antecedentes e consequências) da adesão e do desenvolvimento de planos de intervenção que facilitem a manutenção da prática.

II. Psicologia do Exercício e Atividade Física

Atualmente a Psicologia do Exercício apresenta-se como uma área do conhecimento independente. A sua investigação iniciou-se nos anos 70, mas na década de 90 deu um salto (Biddle 1997, cit. Por Moutão 2006). O reconhecimento tardio deu-se principalmente ao não reconhecimento do exercício como fator de bem-estar e por outro lado o modelo biomédico que afirma o exercício associado ao tratamento e a não prevenção de doença (Rejeski & Brawley 1993 cit. por Moutão, 2006).

Segundo Buckworth e Dishman (2002) a Psicologia do Exercício é a disciplina que estuda o cérebro e a conduta em contextos de atividade física e exercício, pegando nesta teoria e olhando para a definição de psicologia de Alves, Brito & Calmeiro e Matos (2004) asseguram que a Psicologia do Exercício é um âmbito de conhecimento que estuda de uma maneira geral as relações entre a atividade física e o bem-estar.

Tem com principais objetivos:

- Compreender os motivos que levam à adoção de estilos de vida ativos por parte de uns indivíduos, enquanto outros se mantêm sedentários durante a maior parte das suas vidas;
- Compreender os efeitos fisiológicos e psicológicos da atividade física, e quais os mecanismos que levam a que estes beneficiem a saúde mental;
- Desenvolver, implementar e avaliar intervenções ajustadas aos vários segmentos da população, no sentido de fomentar estilos de vida ativos.

Finalizando a Psicologia do Exercício e Atividade Física tem como principais áreas de trabalho, o pré, durante e o pós da prática de exercício físico, analisando as barreiras e os antecedentes da adesão ao exercício, tais como os motivos e os determinantes que levam o individuo a praticar exercício físico e as barreiras, esta incide também sobre as consequências da prática de exercício físico, ao nível do estado físico quer mental dos praticantes (Biddle & Mutrie 2002, cit. Por Moutão 2006).

III. Tarefas e Funções do Psicólogo do Exercício

Um psicólogo do exercício no contexto do bem-estar e saúde mental tem o dever de analisar e determinar a relação destes com o exercício físico, mais precisamente a forma como este modifica os estados psicológicos como por exemplo: o exercício altera os estados de humor; ajuda na gestão do stress; aumenta o autoconceito; melhora a autoeficácia etc., (Berger, Pargman e Weinberg, 2002), ou seja, investigar e explicar de que forma a prática de exercício físico influencia o bem-estar psicológico.

O exercício físico como benefício da saúde, traduz-se na prática regular de exercício físico com sessões de 20 a 60 minutos, de 3 a 5 vezes por semana, com uma intensidade entre os 60%-90% da FCMax é fundamental para que o exercício físico possa originar benefícios psicológicos mais sólidos (Weinberg e Gould, 1995, Cruz, Machado e Mota, 1996, Berger, Pargman e Weinberg, 2002, Buckworth e Dishman, 2002, Samulski, 2002, Dosil, 2004, cit. por Cid, 2007).

Um psicólogo a colaborar num contexto do exercício, tem como principal missão a adesão e a manutenção de praticantes nos programas de exercício, desenvolvendo a adesão e manutenção ao exercício físico, com estudos onde se procura identificar e explicar os fatores que determinam a envolvimento e a persistência no exercício crónico (Gouveia, M.J 2001), praticado com a intensidade e frequência, de modo a originar os benefícios acessórios à prática de atividade física.

Deve: Fazer do exercício um hábito regular sem danos para o praticante; Promover a adoção, e a manutenção do exercício ao longo da vida.

O desenvolvimento do trabalho é sustentado por três linhas fundamentais da relação indivíduo - exercício físico.

- Motivação - (comportamento autodeterminado)
- Atitudes - (mudança comportamental)
- Redução da taxa de abandono - (identificação e contorno dos motivos para a ausência da prática de exercício físico (barreiras).

IV. Caraterização do local de estágio

Health Club Korp Less

O Health Club Korp Less situa-se na Benedita, constituída por cerca de 10 000 habitantes com tradição na indústria do calçado e marroquinaria. No entanto esta freguesia tem em comum a Portugal elevados níveis de sedentarismo.

Sabendo da crescente necessidade da prática de atividade física, surge em Abril de 2008 o Health Club Korp Less determinado a fornecer serviço de qualidade. O Korp Less dispõe de vários serviços, capazes de se ajustar às reais necessidades de quem se dirige às suas instalações.

1.1 Localização

O Korp Less está situado no centro da Vila da Benedita, inserido num prédio de habitação e de escritórios. Este possui características que lhe conferem o isolamento do restante edifício.

Morada:

Rua Monges de Cister nº 4

2475-130 Benedita

Email: korpless.benedita@gmail.com

Site: www.korpless.pt

1.2 Serviços

O Korp Less oferece um vasto número de serviços à população: Musculação e Cardiofitness, Aulas de grupo, Consultas de Nutrição, Suplementos, Banho Turco.

1.3 População Alvo

A população alvo para a intervenção são os praticantes de exercício físico do ginásio Health Club KorpLess, não tendo nenhuma modalidade específica e podendo ter contato com todos os sujeitos. Sendo que existem 1806 utentes no sistema dos quais 146 encontram-se ativos, 69 pendentes (até 3 meses de atraso), 101 desistentes (3 a 6 meses), 2 suspensos (grávidas, casos especiais, etc.), 1488 ficheiros mortos.

1.4 STAFF

Atualmente o Korp less tem um STAFF com cerca de 10 elementos, desde os gerentes, a empregados de limpeza e instrutores. Têm uma equipa de intervenção jovem e dinâmica. Estão designados na seguinte ordem hierárquica e com as respetivas funções: Marco Sousa - Gerente/ Monitor; Débora Sousa - Gerente/receção; Tatiana Silva- Diretora técnica/monitora; Fernando Paulo – monitor; Nuno Couto- Monitor; Gonçalo Cabral – monitor; Vera Vicente- monitora; Sónia Cardoso – receção; Maria José Tomás - Técnica de limpeza.

1.5 Modalidades

Atividades dividem-se em 3 categorias

1. Musculação

Atividade praticada individualmente cujos exercícios visam movimentar os segmentos do corpo contra uma resistência dentro da função do grupo muscular alvo e de acordo com o movimento e a amplitude da articulação ou articulações envolvidas no movimento. É uma atividade que envolve a utilização de métodos de resistência progressiva (ex. peso do próprio corpo, pesos livres, máquinas), sendo praticada com o objetivo de aumentar a força e/ou massa muscular.

2. Cardiofitness

Atividade praticada individualmente, predominantemente do tipo aeróbio, que possibilita o aumento da condição física, particularmente da componente cardiovascular (envolvendo exercício realizado em passadeiras, bicicletas, remos, elípticas e stepper's) e da tonificação muscular (envolvendo exercício realizado em máquinas de musculação). Para além das questões associadas à melhoria da saúde cardiovascular, normalmente este tipo de atividade é praticado por razões associadas à perda de peso.

3. Aulas de Grupo

Atividades praticadas em grupo, cujo objetivo principal é desenvolver a capacidade de resistência (ex. indoor cycling) ou a tonificação muscular (ex. localizada). Atividades realizadas ao som de música, algumas delas são coreografadas e bastante técnicas (ex. step), o que promove também a coordenação motora. Oferece as seguintes aulas de grupo: BODYBALANCE; POWER JUMP; BODY PUMP; STEP; CYCLING; KICKBOXING; ZUMBA.

V. Projeto de Intervenção

Programa: Apoio a Adesão e Manutenção na Atividade

Introdução

Este programa tem como principais objetivos de intervenção o estudo do comportamento dos praticantes e compreender a adesão e manutenção da sua prática.

Procedimentos

Este programa está direcionado a novos praticantes ou reincidentes que iniciam a sua prática no ginásio e onde lhe é feita uma avaliação da condição física e começou-se a incluir a entrevista de avaliação psicológica. A avaliação da condição física era feita por um dos instrutores e a entrevista de avaliação psicológica por mim.

Para cada entrevista de avaliação psicológica realiza-se o relatório, onde se destacava as informações importantes, sempre no sentido de contribuir para a manutenção do praticante.

Objetivo

Identificar e compreender o posicionamento do praticante face à prática de exercício físico, de modo a fomentar a manutenção como praticante. Os resultados das avaliações eram também transmitidos ao praticante e posteriormente agendava-se novas datas de intervenção tendo em conta a informação recolhida e os objetivos do praticante.

Avaliação

Neste programa desenvolveu-se uma bateria de testes constituída pela EAFD – Escala de Atividade Física e Desporto Atitudes, versão original de Dosil (2002); do BPNES – Basic Psychological Needs Exercise Scale de versão original de Vlachopoulos & Michailidou (2006) que avalia a perceção de Controlo – Competência para o exercício; do BREQ3 – Behavioural Regulation Exercise Questionnaire de versão original (BREQ2) de Markland, D & Tobin, V. (2004) e (Escala IG) Wilson, Rodgers, Loitz & Scime (2006), que avalia a regulação da motivação em 2 dimensões: motivação autónoma e motivação controlada; e 4 subescalas: motivação externa, introjetada, identificada e intrínseca; do IMAAD - Inquérito de Motivações para a Ausência de Atividade Desportiva Barreiras, desenvolvido por Joaquim, Pereira e José Vasconcelos-Raposo (1997) que avalia os motivos para a ausência de atividade desportiva em 5

dimensões: falta de tempo; desinteresse pelo esforço físico; falta de condições/apoios; estética/incompetência; aversão desportiva/insatisfação e pelo PASECQp – Perceived Autonomy Support: Exercise Climate Questionnaire de versão original Williams, Grow, Freedman, Ryan, & Deci (1996) que avalia a percepção de suporte de autonomia.

Intervenção

A intervenção com os praticantes consistia numa entrevista inicial e posteriormente a intervenção, desenvolve-se através de algumas técnicas direcionadas especialmente os motivos para o abandono, pois estes eram os que na maioria levantavam alguns pontos preocupantes para a manutenção do praticante.

Foi elaborado um calendário-horário de organização semanal de atividades, que era entregue ao praticante para preencher com as atividades diárias, o horário era das 8h00 até às 22:00h, sendo este o horário normal de funcionamento do ginásio. Este calendário tinha como principal objetivo identificar alguns espaços que pudessem surgir no horário, para que a pessoa conseguisse ir ao ginásio.

Utilizou-se também a técnica de definição de objetivos e a balança dos aspetos positivos e menos positivos da atividade física, especialmente em praticantes que não davam valor aos benefícios/vantagens do exercício.

Para os praticantes que apresentaram motivos de ordem externa ou baixa motivação intrínseca para a prática de exercício físico (ex. peso, tonificação muscular), colocou-se uma balança numa folha, onde num prato os praticantes colocavam o objetivo pretendido, e no outro, o que eles estavam dispostos a fazer para conseguir alcançar esse objetivo.

Estas técnicas foram aplicadas depois de uma entrevista inicial de avaliação e da devolução desses mesmos resultados, e posteriormente realizava-se intervenção adaptada as necessidades do praticante.

Neste sentido a intervenção foi organizada em três ou mais fases:

- 1ª Entrevista inicial com avaliação dos questionários EAFD; BPNES; BREQ3 e IMAAD.
- 2ª Avaliação – Preferência após 15 dias com devolução dos resultados; definição do objetivo; definir aspetos positivos e negativos da AF;

- 3ª Avaliação - Após 1 mês da última avaliação definição de objetivos intermédios; avaliação com BPNES, BREQ3 e PASEC;

Posteriormente entregar cartão com informação de resultados e informações compromisso.

Programa: Programa de Gestão e Controlo de Peso

Este programa tem a mesma estrutura que o *Programa: Apoio a Adesão e Manutenção na Atividade* no entanto, neste programa a intervenção é mais próxima do praticante e com períodos mais curtos entre cada intervenção, sendo também abordada a questão alimentar (aspeto importante para a concretização do objetivo), sendo que também são utilizadas outras estratégias de intervenção com estes praticantes nomeadamente a estratégia Diário Alimentar Semanal.

Estratégias de Intervenção

Durante este programa, utilizou-se 4 estratégias de intervenção dispostas sobretudo técnicas que visavam o processamento cognitivo relativamente a situações que o praticante percecionava como ameaça ao seu compromisso com a prática.

Balança

Esta estratégia foi utilizada muitas vezes como técnica de confrontação, onde se pedia aos praticantes que queriam atingir um objetivo muito concreto (ex. perda de peso), que colocassem num prato da balança o objetivo e no outro prato o que estavam dispostos a fazer para conseguirem esse mesmo objetivo.

Assim como os praticantes que não davam valor aos benefícios/vantagens do exercício, pedia-se que enumerassem os aspetos positivos e menos positivo da atividade física.

Seguidamente realizava-se uma pequena conversa com o intuito de “equilibrar a balança”, utilizando para tal a técnica de confrontação.

Calendário de Organização Semanal de Atividades

Esta estratégia foi utilizada essencialmente com os praticantes que evidenciaram a falta de tempo como o principal motivo para a ausência da prática de exercício físico. Esta serviu muitas das vezes como confrontação, pois esta era constituída por um horário

onde se pedia aos praticantes que o completassem com a sua atividade semanal habitual, depois de preenchida verificávamos se este motivo para a ausência era ou não real, sendo real, partia-se para a técnica das barreiras com o intuito de encontrar soluções para uma prática regular de exercício físico e se necessário, fora do ginásio.

Definição de Objetivos

Esta estratégia foi utilizada em todos os praticantes. A definição de objetivos é uma estratégia motivacional importante para ajudar os praticantes a definir objetivos, e deve-se ter em consideração os aspetos para assegurar o compromisso com o objetivo que deve ser positivo; pessoal; observável; realizável; contextualizado e ecológico; assim como é importante a criação da rotina através do estabelecimento de horários e atividades.

Diário Alimentar Semanal

Esta estratégia foi utilizada com os praticantes do *Programa de Gestão e Controlo de Peso* que evidenciaram dificuldade com a questão alimentar. Esta serviu muitas das vezes como confrontação, pois esta era constituída com uma grelha em que o praticante completa com a sua alimentação diária. Depois de preenchida verificávamos o que poderia ser melhorado em termos alimentares.

VI. Diário de Campo

O estágio teve início a 30 de Outubro 2012. Na primeira **Fase de Adaptação** ao contexto a presença inicia-se como praticante de musculação e cardiofitness. Primeiro realiza-se uma avaliação em que consiste no preenchimento de dois questionários acerca dos riscos e histórico de saúde pessoal e familiar e uma pesagem onde se avalia o peso, IMC, % de gordura, % de água, % de massa muscular. Verifica-se que os valores estão normais. Segundo realiza-se um treino de musculação e cardiofitness.

Nesta primeira fase a minha presença em participar nas atividades do ginásio como praticante de musculação e cardiofitness e aulas de grupo e decorreu de 30 Outubro a final de Novembro de 2012.

Inicia-se a **Fase de Preparação/Intervenção** a 6 Dezembro 2012. Neste dia simulamos a Avaliação do Comportamento Face ao Exercício com o instrutor Nuno Couto. Após a realização da entrevista ao instrutor Nuno Couto tivemos uma breve conversa. Nesta conversa o instrutor deu feedback sobre a entrevista, referiu que deveríamos estabelecer uma conversa com o individuo, informar o individuo do objetivo da avaliação que poderá ser a Avaliação e Estudo do Comportamento face ao Exercício de forma a realizar o seu objetivo de forma mais eficaz. Referiu também que a entrevista tornava-se extensa e aconselhou a eliminar alguns questionários e agendar logo o 2º momento de avaliação.

No dia 15 de dezembro 2012 estive presente nos “Lançamentos” onde foram apresentadas as novas coreografias de Pump e Jump e na qual estiveram presentes cerca de 20 praticantes num ambiente muito divertido e alegre.

Iniciei as entrevistas aos praticantes a Janeiro 2013 e posteriormente devolve-se resultados e realiza-se intervenção/acompanhamento através de estratégias adequadas à necessidade de cada praticante.

A intervenção consiste numa entrevista inicial mais 2 ou mais intervenções.

As intervenções terminaram no final de Maio de 2013.

Descrição Sumária de duas Intervenções

Nesta secção, será apresentado os relatórios de duas avaliações e intervenções de dois praticantes.

Realizou-se a entrevista inicial a **Praticante 1** a 10/1/2013. Desta entrevista recolheu-se a seguinte informação: **Informação demográfica** - Idade: 21 anos; Peso: 56,300 Kg; Altura: 160 cm; Habilitações: Licenciatura; Atual ocupação: Encontra-se a estagiar na Santa Casa da Misericórdia. **Informação Desportiva (atual)** - Pratica exercício atualmente no ginásio Korpless nas modalidades musculação, cárdeo; Frequência 4x semanais; Encontra-se satisfeita com os resultados recentes; **Informação Desportiva (passado)** - Parou a prática há 4 anos; Praticou exercício no ginásio Korpless na modalidade de aulas de grupo; Parou essa prática devido a frequência universitária; **Outras informações** - Conhece algumas das modalidades disponíveis no korpless; Tem disponibilidade para praticar aulas de grupo mas não deseja; **Objetivo principal:** Perder peso vs Recuperação de doença (prisão de ventre)

Esta praticante para além da entrevista inicial teve 3 intervenções segue a síntese dos resultados: Entrevista Inicial-10/1/2013; 1ª Intervenção-24/1/2013; 2ª Intervenção-14/3/2013; 3ª Intervenção-20/5/2013; **Objetivo principal:** Perda Peso vs. Melhorar Prisão de Ventre; Na **entrevista inicial** a 10/1/2013 realizei a entrevista inicial com a avaliação com EAFD, BPNES, BREQ3 e IMADD e expliquei em que consistia a intervenção.

Na **1ª intervenção** a 24/1/2013 devolvi a praticante os resultados da entrevista inicial e da avaliação com EAFD, BPNES, BREQ3 e IMADD. A praticante obteve os seguintes resultados na avaliação. A praticante em relação às atitudes face à atividade física encontra-se na classificação médio próximo de uma classificação médio superior, justifica-se este fato ao ter iniciado á pouco tempo a sua prática no ginásio, promovendo-se assim a possibilidade melhorar a sua classificação com o tempo de prática no ginásio. A praticante em relação a perceção do seu controlo – competência sobre as suas capacidades encontra-se na Classificação Médio Superior, este aspeto é positivo no entanto poderá melhorar a sua classificação devido ao pouco tempo de prática, dado a praticante ter iniciado recentemente a sua prática. A praticante em relação a regulação da motivação encontra-se com indicadores médios no que diz respeito à sua motivação para a prática de exercício. Resultando numa Motivação Controlada com uma classificação Médio Superior e uma Motivação Autónoma com

uma classificação Médio Inferior na sua regulação de motivação face ao exercício. A praticante em relação às motivações para a ausência de atividade desportiva e barreira não apresenta nenhuma barreira. A praticante iniciou a sua prática dia 3/1/2013 nesta 1ª Intervenção numa breve conversa referiu que se encontra satisfeita com a prática. Questionado se não gostava de algum dos exercícios do plano de treino refere que há exercícios que não se adaptou pois não consegue terminar o nível definido pelo instrutor inicialmente. Após referir essa situação, outra instrutora desceu o nível e a praticante já conseguiu terminar. Utilizou-se a estratégia da definição de objetivos um dos objetivos a nível de saúde nomeadamente melhorar a situação da prisão de ventre no qual refere que já melhorou. O principal objetivo é atingir os 51 kg peso que tinha antes de ir para a universidade, sendo que na altura praticava exercício. Ainda não definiu bem como vai-se orientar para atingir esse objetivo no entanto referiu que o instrutor irá realizar pesagem mensal. Referiu que é possível que não atinja o peso de 50/51kg dado que vai ganhar massa muscular no entanto é possível avaliar-se o peso, % massa gorda e magra através das pesagens mensais. Abordou-se também a importância do compromisso com a prática, assim como, a importância de uma alimentação cuidada para a concretização do objetivo. Questionei a praticante se tinha alguma questão ou dúvida e se for o caso estar à vontade para a expor.

Na **2ª intervenção** a 14/3/2013 iniciei com breve conversa de como correm os treinos; A praticante refere que em conversa com instrutores que inicialmente sentiu o efeito por ser algo novo para o organismo no entanto passado algum tempo voltou o problema que provavelmente deve-se por habituação do organismo ao plano de treino. Os instrutores sugeriram fazer-se treinos diferentes para não ser sempre iguais. Apesar de estar a realizar tratamento para o problema que tem a duração de 6 meses. Em seguida realizei avaliação com os questionários BPNES; BREQ3; PASECQp em que obtive os seguintes resultados. A praticante em relação a percepção do seu controlo – competência sobre as suas capacidades encontra-se na Classificação Médio Superior no percentil 65, este aspeto é positivo no entanto poderá melhorar a sua classificação devido ao pouco tempo de prática, dado a praticante ter iniciado recentemente a sua prática. A praticante em relação a regulação da motivação encontra-se com indicadores médios no que diz respeito à sua motivação para a prática de exercício. Resultando numa Motivação Controlada com uma classificação Médio assim como uma Motivação Autónoma com uma classificação Médio na sua regulação de motivação face ao exercício. Revela uma

boa motivação intrínseca. A praticante melhorou a sua classificação na motivação controlada e desceu a classificação da motivação autónoma. Melhorou também a classificação da motivação intrínseca o que é um aspeto importante. A praticante em relação à perceção de suporte da autonomia obteve uma classificação Médio no percentil 60, esta classificação tenderá a evoluir com a prática de atividade física. Utilizou-se a estratégia de definição de objetivos; e posteriormente colocou-se algumas questões acerca dos objetivos que pretende. Sublinhei que está à vontade para colocar alguma questão se surgir. Abordei a importância do compromisso com a prática, assim como a importância de uma alimentação cuidada para a concretização do objetivo.

Na **3ª intervenção** a 20/5/2013 devolvi ao praticante os resultados da avaliação com BPNES, BREQ3 e PASEC, assim como entreguei o cartão com as informações dos resultados das avaliações e do compromisso para que atinja os objetivos pretendidos. Em conversa a praticante refere que mantém o problema da prisão de ventre embora esteja em tratamento. Apesar dos instrutores terem falado anteriormente da possibilidade de alterar o plano de treino, ou seja, realizar treinos diferentes de forma a provocar um impacto diferente no organismo e assim poder beneficiar e melhorar o problema da prisão de ventre, isso não aconteceu. Nesse sentido sugeri que falasse com os instrutores de forma a equacionar essa situação; poderia por exemplo realizar uma semana o treino atual e a semana seguinte o anterior e ver como se sente. Este problema teve consequências no peso visto que não conseguiu perder peso, apesar de ter uma alimentação cuidada. As intervenções decorreram com normalidade, o problema da prisão de ventre não permitiu que a praticante perde-se peso. No entanto noutro dia em conversa na sala de musculação pude verificar que ela já procedeu a alteração do plano de treino, alternando-o e refere resultados positivos. Realizou-se a entrevista inicial ao Praticante 2 a 11/1/2013. Desta entrevista recolheu-se a seguinte informação: **Informação demográfica** - Idade: 26 anos; Peso: 68 Kg; Altura: 173 cm; Habilitações: Licenciado em Gestão Desportivas; **Informação Desportiva (atual)** - Pratica exercício atualmente no ginásio Korpless nas modalidades musculação; Frequência: 4x semana; Encontra-se satisfeito com os resultados recentes; **Informação Desportiva (passado)** - Parou a prática á 6 meses; Praticou futsal. Parou essa prática por falta de disponibilidade; **Objetivo principal:** Ganhar massa muscular.

Este praticante para além da entrevista inicial teve 4 intervenções. Segue a síntese dos resultados: Entrevista Inicial-11/1/2013; 1ª Intervenção-28/1/2013; 2ª Intervenção-

15/3/2013; 3ª Intervenção-24/4/2013; 4ª Intervenção-20/5/2013; **Objetivo principal:**
Ganhar massa muscular

Na **entrevista inicial** a 11/1/2013 realizei a avaliação com EAFD, BPNES, BREQ3 e IMADD e expliquei em que consistia a intervenção.

Na **1ª intervenção** a 28/1/2013 devolvi ao praticante os resultados da entrevista inicial e da avaliação com EAFD, BPNES, BREQ3 e IMADD. O praticante obteve os seguintes resultados na avaliação. O praticante em relação às atitudes face à atividade física encontra-se na classificação Médio no percentil 40, aspeto justificável pelo fato de ser praticante em iniciação logo pouco experiente, tendo assim a possibilidade melhorar a sua classificação com o tempo de prática no ginásio. O praticante em relação à perceção do seu controlo – competência sobre as suas capacidades encontra-se na Classificação Médio Inferior no percentil 20, este aspeto é negativo, no entanto poderá melhorar a sua classificação com o tempo de prática no ginásio. Aspeto justificável pelo fato de ser praticante em iniciação logo pouco experiente. O praticante em relação à regulação da motivação encontra-se com indicadores positivos no que diz respeito à sua motivação para a prática de exercício que resulta numa Motivação Controlada com uma classificação Superior e uma Motivação Autónoma com uma classificação Médio na sua regulação de motivação face ao exercício. Aspeto justificável pelo fato de ser praticante em iniciação logo pouco experiente e um aspeto positivo é revelar boa motivação intrínseca. O praticante em relação às motivações para a ausência de atividade desportiva apresenta como barreiras o ponto 1) falta de tempo; 11) tenho outras coisas para fazer; que podem representar uma barreira à prática. O praticante iniciou a sua prática no dia 4/2/2013. Nesta 1ª Intervenção utilizou-se a estratégia de definição de objetivos; O objetivo principal do praticante é aumentar 5kg de massa muscular; mostra-se ciente de que a concretização do objetivo depende dele próprio; vai utilizar como indicador de observação a pesagem mensal; também definiu o prazo para atingir o objetivo em dezembro 2013; em relação aos recursos que vai utilizar referiu o compromisso com o exercício aliado a uma alimentação cuidada; Questionei o praticante se tinha alguma questão ou dúvida e se fosse o caso para estar à vontade para a expor.

Na **2ª intervenção** a 15/3/2013 iniciei com uma breve conversa de como correm os treinos; O praticante refere que os resultados da última pesagem não foram positivos. A instrutora referiu que estes resultados deviam-se à alimentação e esta orientou-o para

ingerir menos hidratos de carbono; Disse ao praticante para estar à vontade para falar caso surja alguma questão ou necessite de alguma coisa;

Na **3ª intervenção** a 24/4/2013 realizei avaliação com os questionários BPNES; BREQ3; PASECQp em que obtive os seguintes resultados. O praticante em relação a percepção do seu controlo – competência sobre as suas capacidades encontra-se na Classificação Médio no percentil 60, este aspeto é positivo pois melhorou a classificação anterior, no entanto, poderá melhorar a sua classificação com o decorrer da prática. O praticante em relação a regulação da motivação encontra-se com indicadores médios no que diz respeito à sua motivação para a prática de exercício que resulta numa Motivação Controlada com uma classificação Médio e uma Motivação Autónoma com uma classificação Médio Inferior na sua regulação de motivação face ao exercício. Revela uma boa motivação intrínseca o que é um aspeto positivo. O praticante em relação à percepção de suporte da autonomia obteve uma classificação Médio no percentil 40, esta classificação tenderá a evoluir com a prática de atividade física.

Na **4ª intervenção** a 20/5/2013 devolvi ao praticante os resultados da avaliação com BPNES, BREQ3 e PASEC, assim como entreguei o cartão com as informações dos resultados das avaliações e do compromisso para que atinja os objetivos pretendidos. Em conversa o praticante refere que teve bons resultados na última pesagem, nomeadamente os valores referente à massa gorda praticamente não alteraram e aumentou a massa muscular em 1,200 kg. Está satisfeito com os resultados pois vão ao encontro do seu objetivo; As intervenções decorreram bem.

Tian Di Ren

Clínica de Medicina Tradicional Chinesa (MTC)

I. Introdução - Psicologia do Desporto e Saúde

A *Psicologia da Saúde* resulta da confluência das contribuições específicas da Psicologia Clínica, Psicologia Comunitária, Psicologia Social e Psicobiologia).

O objeto de estudo da Psicologia da Saúde é o sujeito psicológico e as suas relações com a saúde, a doença, a família e os técnicos de saúde, incluindo os diferentes grupos sociais e seus problemas associados à prevenção das doenças. Envolve o estudo das significações e discursos sobre a saúde e doença, nas suas variações em função do estatuto sociocultural, género e etnia. Inclui a saúde física, mental e social, remetendo para os fatores ecológicos/sistémicos relacionados com a saúde.

A *Psicologia do Desporto* no contexto desportivo atual é importante dado que os fatores psicológicos são uma das razões que mais vezes são apontados por diferentes agentes desportivos para justificar a obtenção de resultados desportivos dos atletas principalmente quando as prestações ficam aquém do esperado. Mediante isto, a preparação mental e psicológica no desporto tem vindo progressivamente a ganhar destaque e importância no processo de treino, mas continua muito abaixo do desejável e necessário pelo menos em Portugal.

A importância da preparação mental dos atletas é, hoje em dia, uma questão reconhecida pela generalidade dos agentes desportivos, assistindo-se a um crescente interesse pela integração do treino de competências psicológicas nos planos de preparação dos atletas para as competições. Algumas das indicações resultantes da literatura sugerem o facto da Visualização Mental (VM) aparecer entre as técnicas mais empregues, juntando-se às tradicionais intervenções dirigidas ao controlo do stress e da ansiedade (treino de relaxamento), da promoção da motivação e do empenho nos treinos e competições (formulação de objetivos) e da estimulação de padrões de pensamentos positivos e ajustados face às exigências e problemas colocadas pela atividade desportiva (planos mentais) (Cox, 1994).

II. Caraterização do local de estágio

Tian Di Ren

A Tian Di Ren é uma Clínica de Medicina Tradicional Chinesa (MTC) situada em Rio Maior, que se dedica a proporcionar os melhores tratamentos atualmente disponíveis em MTC de forma a ajudá-lo a conquistar um elevado nível de saúde e de bem-estar. Maximizamos a Sua Qualidade de Vida tendo por base o conceito fundamental da MTC, em que o restabelecimento e manutenção do equilíbrio energético são essenciais.

1.1 Localização

R. D. Afonso Henriques, 95 Rch
2040-273 Rio Maior

1.2 Serviços

Prestam cuidados terapêuticos a partir das técnicas da Medicina Chinesa de forma a promover, a melhoria, a manutenção e a recuperação da saúde!

1.3 O que é a Medicina Tradicional Chinesa (MTC)

A MTC é uma das medicinas mais antigas e credíveis, está documentada há pelo menos 3500 anos, sendo que esta é a denominação dada ao conjunto de técnicas que tem sido utilizadas ao longo de milhares de anos na China, bem como todo o Oriente, estando a crescer presentemente na Europa e EUA.

A MTC enfatiza uma abordagem holística que trata a pessoa como um todo, é uma excelente ferramenta para a melhoria/cura de determinadas doenças, ou para a sua prevenção e naturalmente para a manutenção de uma boa saúde.

1.4 A MTC tem-se demonstrado eficaz nas seguintes patologias

A Organização Mundial de Saúde (OMS) reconhece a MTC como uma técnica apropriada para o tratamento de inúmeras patologias, e tem publicado diversa documentação onde se efetua uma análise dos efeitos terapêuticos desta medicina reconhecendo-lhe vantagens para a melhoria do Bem-estar, tal como a Medicina Convencional.

Nestas patologias a eficácia terapêutica esta comprovada com diversos estudos e principalmente pelos resultados obtidos pelos pacientes:

Artrite, dores nos joelhos, cervicalgias, dor no ombro, lombalgias, ciática; constipações, asma, rinite, alergia; ansiedade, depressão, insônia, enxaqueca, irritabilidade, desequilíbrios alimentares; emagrecimento; lesões de esforço repetitivo, dor no punho, cotovelo e ombro; efeitos secundários de quimioterapia, leucopenia, dor pós-operatória; Entre outras.

1.5 Terapêuticas disponíveis na Tian Di Ren

Acupuntura

Esta técnica usa-se para reprogramar e restaurar as funções normais, estimulando alguns pontos sobre os meridianos, com o objetivo de harmonizar a circulação de energia.

A acupuntura consiste na aplicação de agulhas muito finas. Todas as agulhas usadas na Tian Di Ren, são de uso descartável, e a sua colocação não causa, na maioria dos casos qualquer dor ou desconforto. Em determinadas situações as agulhas poderão ser substituídas por outras formas de regular a energia, por exemplo laser, ventosas ou moxa.

Fitoterapia Chinesa

São suplementos à base de plantas, um suporte alimentar para a “reprogramação energética” reequilibrando as energias. As plantas medicinais têm vindo a ser utilizadas na China há séculos e o seu uso é suportado por uma longa e rica história de desenvolvimentos, utilização e investigação, praticamente sem contraindicações ou efeitos secundários.

Tui Na

Os métodos Tui Na incluem o uso de técnicas de massagem dos tecidos moles (músculos e tendões) do corpo, técnicas de acupressão para afetar diretamente o fluxo de energia, e técnicas de manipulação para realinhar as relações osteomusculares e ligamentares.

III. Diário de campo

O estágio na Clínica Tian Di Rean iniciou-se com uma primeira reunião a 10 Outubro 2012. Nesta primeira reunião com o Professor António Moreira, explicou o que pretende com o meu estágio na Clínica Tian Di Ren.

Nesta reunião apresentou a Clínica e o serviço que oferece a população.

Quanto ao contexto de estágio referiu que consiste em operacionalizar ideias para desenvolver e implementar **Programas de Intervenção** em conjunto.

Fazem parte dos **Programas de Intervenção: Programa de Intervenção em Atletas; Programa de Cessação Tabágica; Programa de Emagrecimento.**

Numa fase inicial, devido ao facto de me encontrar com dores de cabeça, tive experiência com as sensações de acupuntura.

Posteriormente realizava-se reuniões de forma a estabelecer prioridades das atividades a desenvolver.

Participei no dia 16 dezembro 2012 na Corrida de Natal da AECRM do atleta 1 que se realizou em Rio Maior. O atleta completou a prova em 10 minutos e 50 segundos classificando-se no 4º lugar no Geral e em 2º lugar no escalão Sénior.

Realizou-se a entrevista individual com os dois atletas. Ambos os atletas mantiveram durante toda a entrevista uma postura bastante disponível e cooperativa respondendo prontamente as questões que foram sendo colocadas. Nesta entrevista utilizei um guião elaborado por mim e supervisionado pelo orientador de estágio professor António Monteiro. As áreas de avaliação nesta entrevista foram a Informação Demográfica, competições no qual trabalhamos na calendarização das competições e categorização em 3 grupos: competição de preparação, de competição e competições principais. As restantes áreas de avaliação serão exploradas na próxima intervenção.

Realizou-se leituras de matérias bibliográficas para desenvolver um **Programa de Cessação Tabágica**. As leituras incidiam sobre as formas de avaliar a dependência tabágica de forma a propor questionários e outras formas de avaliar a dependência tabágica. Escrevi um texto sobre os dados epidemiológicos, hábitos tabágicos e malefícios associados e vantagens da cessação tabágica.

Em relação à intervenção com o atleta 1 este refere que melhorou na natação e fundamenta a melhoria pelos tempos que tirou. Menciona que os diretores das equipas que representa estão informados de que o atleta representa 3 clubes na presente época.

Quanto a condição desportiva sente que a qualidade e quantidade de treinos são boas apesar de maior que a época passada; melhorou a capacidade técnica na natação; assim como sublinha que tem uma boa recuperação do esforço físico dos treinos e competições. Está satisfeito com as condições que os clubes oferecem; autoconfiante e motivado nos treinos e competições. Descreve o seu estado de saúde física boa, no entanto, revela que sente ansiedade/"nervosismo" pré competitivo, pressão justificável possivelmente pelo fato de ter conquistado algum reconhecimento na época passada.

Não revela qualquer alteração dos padrões do sono. Referiu que é importante o feedback de como se encontra na prova. Mostra uma atitude flexível perante a visão do treinador em relação a seleção das competições em que irá participar. Sabe que é importante conversar com o treinador para delinear estratégias de como o feedback poderá ser dado assim como é também importante determinar objetivos de resultado/classificação, objetivos de tempo e objetivos parciais para cada competição.

Definiu-se uma frequência de intervenção de 15 em 15 dias preferencialmente à 2ªf e na qual ficaram já agendadas duas datas.

Fez parte da intervenção a realização de duas sessões de Qi Cong orientada pelo professor António Moreira na qual participei com os atletas.

Ao longo do estágio a minha presença na clínica às terças-feiras consistia em acompanhar o funcionamento da clínica em dia de consultas. Posteriormente foi desenvolvido algumas sugestões de estratégias de marketing para promoção da clínica.

Também participei numa explicação do professor para o staff acerca de temáticas da medicina chinesa.

Um dos aspetos menos positivos no decorrer do estágio na clínica foi a falta de compromisso com a intervenção por parte dos atletas.

A 22 de Maio 2013 e a convite do professor, participei na reunião de empresários do Grupo BNI. Sabendo que era uma reunião com mais de trinta empresários de várias áreas e apesar de ter curiosidade e desejar saber mais sobre o assunto, o desconhecimento gerava medo, nervosismo e ansiedade, por isso, estava reticente. Nesse sentido a participação nesta reunião foi positiva. O estágio terminou a 4 Junho 2013.

IV. Projeto de Intervenção

Programa de Intervenção com Atletas

Introdução

Este programa foi desenvolvido para intervir com dois atletas das modalidades BTT, atletismo e triatlo e outro duatlo e triatlo que são patrocinados pela clinica tian di ren.

Objetivo

Avaliar quais as necessidades de cada atleta e intervir de forma a:

- Manter ou melhorar os níveis de motivação no treino e competição
- Diminuir a ansiedade pré competitiva e durante a competição
- Melhorar o desempenho técnico- relaxamento, visualização
- Melhorar tempo de recuperação
- Potenciar o desempenho físico

Avaliação/Intervenção

Este programa desenvolveu-se com entrevista inicial onde completa a área demográfica, carreira desportiva e profissional, objetivos na prática desportiva, fontes de stress e estratégias de confronto, família e apoio social, condição desportiva atual e hábitos de vida. Posteriormente a intervenção é direcionada de acordo com a necessidade de cada atleta. Nota: Encontra-se em anexo o guião da entrevista inicial.

Utilizou-se para avaliação o Inventário de Competências Psicológicas para o Desporto (PSIS/ICPD) adaptação Sidónio Serpa, Ana Severo, Jorge Ramos & Susana Domingues (FMH- Laboratório de Psicologia do Desporto).

Estratégias de Intervenção

Este programa é constituído por várias estratégias de intervenção: **Resolução de conflitos; Definição objetivos; Relaxamento; Relaxamento Simples.**

Descrição Sumária das Intervenções

No dia 25 Janeiro após a conversa com o atleta 1 este refere que melhorou na natação e fundamenta a melhoria pelos tempos que tirou. Menciona que os diretores das equipas que representa estão informados de que o atleta representa 3 clubes na presente época. Quanto a condição desportiva sente que a qualidade e quantidade de treinos são boas, apesar de maior que na época passada. Melhorou a capacidade técnica na natação; assim como refere que tem uma boa recuperação do esforço físico dos treinos e competições. Está satisfeito com as condições que os clubes oferecem, autoconfiante e motivado nos treinos e competições.

Descreve o seu estado de saúde física boa no entanto revela que sente ansiedade/"nervosismo" pré competitivo, pressão justificável possivelmente pelo fato de ter conquistado algum reconhecimento na época passada. Não revela qualquer alteração dos padrões do sono. Referiu que é importante o feedback de como se encontra na prova. Mostra uma atitude flexível perante a visão do treinador em relação a seleção das competições em que irá participar.

Sabe que é importante conversar com o treinador para delinear estratégias de como o feedback poderá ser dado assim como é também importante determinar objetivos de resultado/classificação; objetivos de tempo; objetivos parciais para cada competição.

Definiu-se uma frequência de intervenção de 15 em 15 dias preferencialmente à Segunda-feira e na qual ficaram já agendadas duas datas.

Realizaram-se algumas conversas no entanto não foi possível dar continuidade a intervenção dado que o atleta não tinha horários fixos e quando se lembrava é que marcava ida a clinica de um dia para o outro. Foram realizadas em datas diferentes Qi cong técnica utilizada na clinica.

No dia 25 Janeiro realizou-se a entrevista inicial com o atleta 2. Desta entrevista onde foram explorados varias áreas conclui-se que o atleta tem como objetivo nesta época ser campeão nacional na modalidade de triatlo longo na sua categoria sub.23. Refere como fontes de stress a pressão antes da prova e menciona que não faz nada para lidar com a situação, sendo um aspeto a melhorar. Assim como sublinha que o relacionamento com a família, treinador e colegas de equipa é positivo.

Em relação à sua condição desportiva atual enquanto atleta, refere que melhorou a qualidade e a quantidade. Dado estar a estudar adaptou-se ao tempo que tem disponível.

Não está satisfeito com a capacidade técnica; e está satisfeito com as condições materiais do treino e com o plano de competição. Refere ansiedade e nervosismo antes e durante as competições; numa escala de 0 a 10 a sua motivação é 7 e no início da época era 6. Descreve que o seu estado de saúde atualmente, ao nível físico e mental é bom.

Definiu-se uma frequência de intervenção de 15 em 15 dias preferencialmente à segunda-feira e na qual ficaram já agendadas duas datas.

Realizaram-se algumas conversas no entanto não foi possível dar continuidade a intervenção dado que o atleta não tinha horários fixos e quando se lembrava é que marcava ida a clinica de um dia para o outro. Foram realizadas em datas diferentes Qi cong técnica utilizada na clinica.

Programa De Cessação Tabágica
- Intervenção Multidisciplinar -
Vale sempre a pena deixar de fumar

Modelo Cognitivo da Adição
(Mais informações em anexo)

- Principais funções do consumo
- Importância de compreender a função

Modelo de Consulta

Profissionais

Terapeuta MTC; Psicólogo; Terapeuta Massagem

Funções

Terapeuta MTC

- Detetar e intervir nos sintomas físicos da abstinência e da impulsividade
- Prescrição terapêutica com ajuste periódico, entre outras.

Psicólogo

- Avaliação da motivação para a mudança
- Avaliação da dependência física
- Reforço da aquisição de hábitos de vida saudáveis, entre outros.

Terapeuta Massagem

Funções gerais partilhadas

- Acolhimento, avaliação e trabalho permanente da motivação
- Auxílio no autoconhecimento e identificação de fatores associados ao consumo
- Apoio no planeamento da mudança, entre outras.

Materiais e equipamentos

- Processos individuais e fichas clínicas

- Aparelho de medição da tensão arterial
- Flyers e folhetos informativos

Avaliação

A primeira consulta (Mais informações em anexo)

Levantamento dos dados sociodemográficos; Análise do consumo - Diagnóstico

Questionários

- Questionário de avaliação inicial da situação
- Questionário adaptado do Teste de Fagerström para avaliação do grau de dependência física do fumador.
- Teste de Richmond para avaliação do nível de motivação.
- Beck Depression Inventory (BDI) avalia a sintomatologia depressiva.
- STAI Y-1 e Y-2 avaliam a sintomatologia e traço de ansiedade.
- Brief Symptom Inventory (BSI) avalia somatizações, obsessões-compulsões, sensibilidade, hostilidade, depressão, ansiedade, hostilidade, ansiedade fóbica, ideação paranoide e psicoticismo.

Formulação de caso (Mais informações em anexo)

Informação central: perfil desenvolvimental; História do consumo; Funcionamento atual; Perfil cognitivo

Aspetos centrais da terapia cognitiva (Mais informações em anexo)

Estabelecimento de objetivos (sendo uma definição de forma colaborativa); A relação terapêutica: Confidencialidade, etc.

Estrutura das sessões

Entrevista inicial onde se aborda: consumo, desejo, situações de risco nos próximos dias; Programar agenda de cada sessão: prioridades, flexibilidade para responder à necessidade do utente, estabelecer objetivos; Avaliar estado de humor e outros problemas; Fazer ponte com ultima sessão; Cumprir plano com sumários frequentes; Prescrição de trabalhos para casa; Feedback da sessão.

Modelo

O modelo de intervenção deste programa foi estruturado para uma duração de 8 a 15 sessões ao longo de 8 a 12 meses consoante as características do paciente com uma frequência de 15 em 15 dias.

Estratégias de Intervenção

(Mais informações em anexo)

Distorção do prazer; Alteração do meio físico; Alteração do contexto social (principalmente no início); Técnicas de distração; Cartões com mensagens; Técnicas de imaginação; Relaxamento Muscular Progressivo; Outras técnicas de relaxamento; Análise de vantagens e desvantagens; Atividade física regular; Redução da dependência fisiológica; entre outras.

Trabalhar com o paciente: vantagens e desvantagens dos consumos e vantagens e desvantagens da cessação; procurar respostas do paciente;

Plano de Intervenção

(Mais informações em anexo)

- **Estádio de pré-ponderação e ponderação** (anterior ao início do processo)
- **Estádio de preparação (2 a 4 sessões)**
- **Estádio de preparação**
- **Estádio de Ação (3 a 5 sessões)**
- **Estádio de Ação**
- **Estádio da manutenção (3 a 6 sessões)**
- **Estádio da manutenção: - Prevenção da recaída; - Finalização**

Observações: Desenvolvi este Programa de Cessação Tabágica no âmbito do estágio na Clínica Tian De Ren no entanto e infelizmente não chegou a ser aplicado.

Programa de Gestão e Controle de Peso

Objetivos

O Programa de Gestão e controle de Peso pretende promover alterações estáveis dos hábitos e estilos de vida das participantes. (mais informações em anexo)

Modelo

O modelo de intervenção consiste em cerca de 30 sessões semanais ou quinzenais, consoante a necessidade do participante, ao longo de 10 a 12 meses. Cada sessão é constituída por um check in, com o balanço dos acontecimentos até ao momento, abordando questões centrais aos objetivos em questão, sempre de forma dinâmica e interativa e finalmente por check out, configurando a pesagem periódica e supervisionada.

Estrutura das sessões

As sessões são estruturadas com base em áreas fundamentais para a perda de peso (balanço energético, promoção da atividade física, alterações qualitativas/quantitativas da alimentação, etc.), melhoria da imagem corporal, difundidos na promoção e suporte da competência pessoal e da autonomia, incentivando a adoção de comportamentos passíveis de serem integrados no estilo de vida. Periodicamente ocorrem sessões de workshop, visando competências específicas a desenvolver (por ex. resolução de problemas, imagem corporal). A prática da atividade física e exercício é também contemplada, sendo organizadas caminhadas, sessões de exercício, entre outras coisas. O principal objetivo destas sessões é aumentar nos participantes o conhecimento de opções disponíveis para a prática, aumentar a sua competência para o exercício e motivar os participantes para no contexto das suas vidas, implementarem a sua própria rotina de atividade física. Seguindo a estratégia definida, o foco é sempre colocado na iniciativa, interesse e autonomia dos participantes, tendo sido desenvolvido um Guia para o efeito, distribuído em flyers nas sessões, para que os participantes possam acompanhar e ir aprofundando os conteúdos tratados nas sessões.

Estrutura do Programa de Intervenção

A intervenção incide em 3 áreas fundamentais: a atividade física; alimentação; mudança de comportamento. São abordadas de forma integrada, no sentido de se atingirem alterações moderadas mas sustentadas no padrão alimentar e atividade física, conducente a um balanço energético adequado.

Atividade Física

Além das questões do equilíbrio energético, são abordados tópicos como desenvolver e implementar um plano de exercício/ AF formal no sentido de aumentar o dispêndio calórico em cerca de 1000 Kcal/semana (no início) até 1500-2000 Kcal/semana (no final do programa); como promover o aumento da atividade física diária informal de forma integrada no estilo de vida; benefícios e riscos da atividade física; auto monitorizar a intensidade do exercício (por ex. frequência cardíaca, escala subjetiva de esforço); instrução para a interpretação das pesagens, entre outros. Particularmente deve-se dar ênfase ao trabalho de auto monitorização e confronto com possíveis barreiras para a prática: falta de tempo, condições atmosféricas adversas, falta de oportunidades, bem como a importância da escolha. Este último tópico é fundamental. Para ser possível atingir consistência comportamental a longo prazo é fundamental promover o desenvolvimento de motivos mais auto determinados. É assim central que os participantes se envolvam em atividades que sejam intrinsecamente motivadoras, agradáveis e valorizadas pessoalmente (bem integradas) e não externamente controladas.

Alimentação e Nutrição

No sentido de se atingir uma melhoria ao nível da qualidade e quantidade das calorias ingeridas, várias sessões abordam tópicos fundamentais da nutrição, no sentido de aumentar a informação e conhecimentos das participantes a este nível, desmistificando ideias erradas e conduzindo a escolhas mais informadas e sustentadas. São abordadas questões ligadas à composição nutricional e energética dos alimentos, redução da gordura e energia na alimentação, aumento dos fatores de saciedade na dieta, redução do índice glicémico, importância do planeamento e fracionamento alimentar, redução dos tamanhos das porções habituais, distinção entre fome física e emocional e uso da escala da fome, perigos e prevenção da alimentação emocional, planeamento das

escolhas em ocasiões especiais (férias, festas), dicas para comer fora de casa, sugestões de culinária e preparação dos alimentos, aprendizagem de leitura de rótulos, entre outros.

Mudança Comportamental

Ao longo do Programa são esperadas dificuldades específicas relacionadas com o processo de mudança ao nível da adoção de atividade física e alimentação adequada. Identificá-las e desenvolver ferramentas para as ultrapassar são prioridades da intervenção, através de:

- Aumento do Conhecimento

Considerado um componente essencial a promover ao nível das duas áreas fundamentais, a promoção da informação visa o aprofundamento da compreensão de aspetos fundamentais para o controlo do peso. Baseia-se no pressuposto de que, antes de qualquer mudança, há que promover a compreensão do seu objetivo e fundamento, permitindo a escolha sustentada, livre e informada, fulcral para o sentimento de autonomia e de competência face à ação: saber o que escolher, porque escolher e como colocar em prática eficazmente.

- Barreiras e Motivação

(Mais informações em anexo)

A questão motivacional é assumida como a pedra-chave de todo o processo, servindo o *check-in* e as dinâmicas interativas para aceder a possíveis barreiras e dificuldades específicas, permitindo identificá-las e progressivamente ultrapassá-las.

São ferramentas essenciais a este nível:

Auto Monitorização; Resolução de Problemas; Perceção de Autoeficácia; Suporte Social; Desenvolvimento de um sistema de recompensas pessoais; Melhoria da Imagem Corporal; Manutenção do peso

Avaliação

Este programa utiliza uma metodologia mista, qualitativa e quantitativa.

a) Avaliação do peso e da composição corporal

Percentagem de gordura, massa muscular, nível de água... IMC;

b) Atividade Física

AF Diária (Questionário IPAQ) que mede o nível de atividade física do sujeito (quantidade e intensidade) e Acelerometria (Lifecorde PLUS) que mede a quantidade de exercício através do nº de passos dados pelo sujeito.

c) Avaliação Psicológica

Aplicação de instrumentos de avaliação psicológica, nas áreas consideradas relevantes na gestão do peso nos domínios da história do peso e das dietas, comportamento alimentar (ex. restrição, alimentação emocional), estados psicológicos (ex. ansiedade, depressão), autoestima, personalidade, imagem corporal, satisfação com a vida, suporte social, entre outros. Para a análise dos diversos modelos teóricos associados à modificação comportamental destaca-se a avaliação de variáveis psicossociais provenientes do modelo teórico de referência, a TAD.

A aplicação dos questionários é feita por baterias, em dias distintos para cada momento de avaliação, visando reduzir situações de cansaço e automatismo na resposta.

d) Nutrição e Alimentação

A avaliação da ingestão alimentar através de um calendário alimentar semanal.

Observações

Desenvolvi este Programa de Gestão e Controlo de Peso no âmbito do estágio na Clínica Tian De Ren no entanto e infelizmente não chegou a ser aplicado.

Estratégias de Marketing tian di ren

Desenvolvi no âmbito do estágio na Clínica Tian De Ren e a título espontâneo algumas sugestões de estratégias de marketing para a promoção da clinica.

Divulgação em entidades de Rio Maior e zonas próximas: Jornais das regiões próximas; Farmácias; Ortomaior; Rádio; Zona bem-estar de hiper mercados; Bombeiros; Cafés; ESDRM; Hotel, etc;

É importante para além da divulgação algum tipo de promoção dos serviços da tian di ren.

Melhorar os meios de divulgação na web nomeadamente o site, apresentar no site e no facebook vídeo (s) de promoção do espaço/conceito;

Existem outras formas e estratégias que também elas são impulsionadoras da tian di ren.

Participações Em Eventos

Presença em Prova

No dia 16 dezembro 2012 estive presente na Corrida de Natal da AECRM do atleta 1 que se realizou em Rio Maior. O atleta completou a prova em 10 minutos e 50 segundos classificando-se no 4º lugar no Geral e em 2º lugar no escalão Sénior.

Lançamentos de Natal

No dia 22 de Dezembro de 2012 - participação nos Lançamentos de Natal das novas coreografias que decorreu com normalidade, sendo que a minha presença foi de praticante.

Reunião Grupo BNI

No dia 22 Maio de 2013, a convite do professor António Moreira participei na reunião de empresários do Grupo BNI. Sendo algo do meu desconhecimento gerou-se medo, nervosismo e ansiedade, por mais sabendo que era uma reunião com mais de trinta empresários de várias áreas. Nesse sentido a participação nesta reunião foi duplamente positiva pois acabei por “me atirar de cabeça” e obriguei-me a passar por isto de forma a encarar o medo, nervosismo de situações desconhecidas e novas para que possa evoluir. Eram previstas a realização de outras atividades como a Benedita em Movimento no entanto não se realizaram.

V. Reflexão do estágio Health Club Korp Less

No início do estágio no Health Club Korp Less a fase de adaptação consistia em realizar as aulas como praticantes de forma a conhecer como as coisas funcionam. Posteriormente iniciou-se a intervenção, sendo que as primeiras entrevistas e intervenções geram alguma ansiedade e nervosismo, mas com o decorrer do estágio ganhou-se alguma experiência e as novas intervenções realizaram-se mais tranquilamente. A relação com o STAFF foi positiva, apesar de no início existir uma sensação de que uma instrutora não valorizava o nosso trabalho assim como não facilitou a nossa intervenção, mas após notar esta situação falou-se com o orientador Nuno Couto assim como o instrutor Marco que entenderam a questão e ajudaram a resolver a situação. Seria interessante ter desenvolvido outros programas nomeadamente direcionadas há população sénior dado que o futuro passa por este tipo de população. No contexto do exercício em ginásios, academias, piscinas, é uma mais-valia este tipo de intervenção mais direta com os praticantes e que por sua vez impulsiona o compromisso dos praticantes com o exercício.

Esta intervenção deve ser um complemento da avaliação da condição física porque torna-se difícil que parta da espontaneidade do praticante. Isto porque divulgamos flyers com o nosso serviço e apenas tive uma praticante que já era utente do ginásio.

Os programas são um ótimo método de intervenção em psicologia do exercício no entanto o programa de gestão e controlo do peso deve explorar outra área importante a nutricional, porque são poucos os praticantes que estavam a ser acompanhados por nutricionista. No decorrer do estágio fui monitorizando a assiduidade dos praticantes que me encontrava a acompanhar.

Dos 26 praticantes que acompanhei, 21 mantem-se ativos, sendo assíduos com a prática. Os outros 5 praticantes que realizaram a avaliação e fizeram um treino ou mesmo nenhum, nunca mais voltaram ao ginásio. Desta forma não foi possível dar continuidade das intervenções com estes praticantes. Os praticantes ativos definiram os objetivos definidos, apesar de nem todos terem definido prazos para a sua concretização. Estavam motivados para a concretização do objetivo, apesar de alguns colocarem inicialmente algumas barreiras para com o exercício no qual trabalhou-se estes aspetos.

Dos 26 praticantes, 13 são do *Programa: Apoio a Adesão e Manutenção na Atividade* e outros 13 são do *Programa: Gestão e Controlo de Peso*.

Foi solicitado aos praticantes do *Programa: Gestão e Controlo de Peso* que realizassem avaliação do programa respondendo a seguinte questão “*Se possível e de forma a melhorar a eficácia do programa de gestão e controlo de peso, a minha intervenção ajudou a assumires um compromisso com a rotina alimentar e com exercício? Como classifica a minha intervenção de 1 a 10 sendo 1: não ajudou nada e 10: ajudou totalmente. Obrigada*” Os resultados dos que participaram na avaliação foram os seguintes: praticante 1: 9; praticante 13: 8; praticante 16: “10 em tudo, não podias ajudar mais, nem fazer mais por mim. O resto é comigo mesmo, tendo sempre em conta as tuas instruções.”; praticante 22: 9; praticante 20: 8; praticante 9: “8 gostei muito do teu acompanhamento”; praticante 19: ajudou 9; praticante 23: 7;

Constam as avaliações dos praticantes que responderam até a data de entrega do relatório.

Em suma, apesar da minha preocupação, penso que o estágio correu bem e no final fica a sensação de evolução. Com a estruturação dos programas e a sua aplicação verifica-se a sua utilidade no contexto do exercício.

VI. Reflexão do estágio na Clínica Tian Di Ren

No início do estágio na Clínica Tian Di Ren a fase de adaptação consistia na acessoria nos dias de consultas de forma a conhecer a dinâmica da clínica. Posteriormente iniciou-se a intervenção com os atletas, sendo que as primeiras entrevistas e intervenções geram alguma ansiedade e nervosismo, mas quando passei a estar mais à vontade, deixaram de ser possíveis por parte dos atletas dado a dificuldade deles de agendamento na clínica. A relação com o STAFF foi positiva.

Alguns aspetos menos positivos no decorrer do estágio na clínica foram o fato da intervenção com os atletas ter ficado aquém do desenvolvido no programa de intervenção e não terem sido aplicados os programas desenvolvidos no Programa de Cessação Tabágica e no Programa de Gestão e Controlo de Peso.

Em suma, apesar da minha preocupação, nervosismo e receio penso que o estágio correu bem com o desenvolvimento e a estruturação dos programas, apesar de não terem sido aplicados.

VII. Reflexão Final

Em jeito de reflexão final é importante mencionar que a realização do estágio em contextos diferenciados apresenta vantagens, tais como conhecer a realidade de dois contextos, assim como conhecer a provável realidade de trabalho como futuro profissional da área. Sendo que o aumento do número de horas de trabalho apresenta-se como a principal desvantagem.

411 é o número total de horas do estágio distribuído da seguinte forma:

- 241,5 horas totais no contexto do exercício - Korpless sendo 16,5 horas referentes à adaptação; 63,5 horas referentes a tarefas de preparação e relatórios e 161,5 horas no local de estágio e intervenção.

- 169,5 horas totais na Clinica Tian Di Ren sendo 10 horas referentes à adaptação; 75 horas referentes a tarefas de preparação, desenvolvimento de programas de intervenção e relatórios e 84,5 horas no local de estágio e intervenção.

Sem contabilizar as cerca de 21 horas de reuniões de orientação com o Professor Doutor Luís Cid.

Em ambos os contextos o estágio no geral correu bem e no fim fica uma sensação agradável de crescimento, evolução e gratificação.

VIII. Bibliografia

- Allen Carr (2005) *O Método Simples Para deixar de fumar*. Lisboa: Dom Quixote
- Aaron Beck e Cls (1993) *Cognitive Therapy for Substance Abuse* The Guilford Press/New York London
- Alves, J., Brito, A. P., & Serpa, S. (1996). *Psicologia do Desporto Manual do Treinador*. Lisboa: Psicosport;
- Barata, T. (2003). *Mexa-se pela sua saúde*. Lisboa: Dom Quixote;
- Berger, B., Pargman, D. & Weinberg, R. (2002). *Foundations of Exercise Psychology*. Morgantown: Fitness Information Technology, Inc.;
- Buckworth, J. & Dishman, R. (2002). *Exercise Psychology*. Champaign Illinois: Human Kinetics;
- Calmeiro, L. & Matos, M. (2004). *Psicologia do Exercício e da Saúde*. Lisboa: Visão e Contextos;
- Cid, L. (2007). *Aplicação dos Modelos Teóricos Motivacionais no Contexto do Exercício*, Projecto de Dissertação Doutoramento. Vila Real: UTAD. (Documento não publicado);
- Elisardo Iglesias (1993) *Para deixar de Fumar*. Universidade Santiago Compostela
- Etter JF, Perneger TV, Ronchi A. *Distributions of smokers by stage: international comparison and association with smoking prevalence*. *Prev Med*. 1997; 26:580-585.
- Gajalakshmi et al., 2000 cit in *WHO_tabagismo_vol12_2008*
- Gouveia, M. J. (2001). *Tendências da investigação na psicologia do desporto, exercício e atividade física*. Análise Psicológica;
- Jane Ogden (2001) *Psicologia da Saúde*. Climepsi Editores
- American Psychiatric Association, *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-IV)* Climepsi Editores
- Matos M, Calmeiro L. (2004) *Psicologia do Exercício e Saúde*. Azinhaga dos Ulmeiros: Visão e Contextos.
- Moutão, J. (2006). *Material de apoio às aulas de Psicologia do Exercício e Atividade Física*. Rio Maior: ESDRM. (Documento não publicado);
- Tuyà DM. (1998) Clínica del fumador 1. Detección y diagnóstico: *Revista Rol de Enfermería*; n.º234:13.
- Weinberg R, Gould D (2001). *Foundations of Sport and Exercise Psychology*. Champaign Illinois: Human Kinetics.

Anexos

Assiduidade e cartão de informações entregue aos praticantes

Assiduidade

Praticante 1	
Iniciou 5/2/3013	
Fevereiro	5;7;9;13;14;16;19;20;21;26;27;
Março	4;5;7;8;11;12;14;18;19;21;26;
Abril	2;3;4;9;10;16;17;18;23;24;27;30
Maio	2;7;8;14;15;16;20;21;22;23;25;28;29;30;31;
1Junho	

Cartão Compromisso



21 anos/ 56,300kg/ 160cm

Índices avaliados:
Atitude - Médio↑
Motivação Autônoma - Médio
Motivação Controlada - Médio
Motivação Intrínseca—Boa
Perceção Controlo -Médio↑
Perceção Autonomia - Médio

Objetivo Principal: Melhorar Prisão de Ventre e Perda Peso

Compromisso

Melhorar Prisão de Ventre e Perda Peso

Objetivo a atingir: **51kg - 15kg**

Tarefa a Cumprir: 4 sessões de exercício por semana

Prazo:

Medida de Controlo: Pesa gem Mensal

1ª Pesa gem Data:

Ind. Agua: Ind. Musculo:

Ind. Massa Gorda:

2ª Pesa gem Data:

Ind. Agua: Ind. Musculo:

Ind. Massa Gorda:

3ª Pesa gem Data:

Ind. Agua: Ind. Musculo:

Ind. Massa Gorda:

4ª Pesa gem Data:

Ind. Agua: Ind. Musculo:

Ind. Massa Gorda:



Documentos de Apoio (á intervenção Korpless)

Flyer de Propaganda ao Serviço Disponibilizado no Ginásio



Está com dificuldades em atingir
os seus Objetivos?

Venha ter connosco!

- Ajuda a estabelecer os seus Objetivos;
- Colaborar na criação de Rotinas;
- Definição de Metas na perda de peso;
- Como Ganhar massa muscular passo a passo.



Estamos disponíveis à 2ª, 4ª e 6ª entre as 16 horas e as 20 horas

Estagiários de Mestrado em Psicologia do Desporto e do Exercício da Escola Superior de Desporto de Rio Maior:

- Fabiana Teixeira
- Pedro Baptista

(marcações na receção do ginásio)

Serviço Gratuito

Importância de um Programa de Cessação Tabágica

O consumo de tabaco é a principal causa evitável de doença, incapacidade e morte a nível mundial. O tabaco é o principal fator de risco para morte prematura na Europa, sendo responsável por cerca de 1,6 milhões de óbitos por ano. A promoção da cessação tabágica é um dos principais meios para obter, num país, a diminuição da prevalência de fumadores a curto prazo.

Todos os produtos do tabaco são nocivos para a saúde, não havendo um limiar seguro de exposição. (OMS, 2006)

Além da Nicotina o fumo do tabaco contém mais de 4000 compostos químicos com efeitos tóxicos e irritantes, dos quais mais de 40 são reconhecidos como cancerígenos.

Dados epidemiológicos sobre hábitos tabágicos

- 1950 - Wynder e Graham identificam a ligação entre o consumo de tabaco com o aparecimento de cancro do pulmão;
- 1964 – I Relatório de Cirurgia Geral sobre Tabaco e Saúde dos EUA – confirma a existência de uma relação causal entre consumo de tabaco e algumas formas de cancro - pulmão e laringe - no homem.

Estudos posteriores vieram a confirmar a associação do consumo de tabaco com outros tipos de cancro, tanto no homem, como na mulher. O tabaco é uma causa do cancro do pulmão.

Tendo por base uma análise comparativa entre os dados obtidos pelos Inquéritos Nacionais de Saúde (INS) 1998/99 e 2005/06, verifica-se ter havido um ligeiro decréscimo nas prevalências totais de consumo em Portugal Continental, na população inquirida com 15 ou mais anos – de 20,5% para 20,2%. O consumo de tabaco continua a ter uma maior prevalência no sexo masculino – 31,0% nos homens e 10,3% nas mulheres. Registou-se, no mesmo período, uma descida nas prevalências de consumo no sexo masculino, mais marcada no grupo etário dos 25-44 anos. Pelo contrário, nos inquiridos do sexo feminino, registou-se um aumento de consumo em todos os grupos etários, mais marcado no grupo etário dos 15 aos 24 anos. (30) A percentagem de ex-

fumadores na população inquirida com mais de 15 anos, em Portugal Continental, tem vindo a aumentar em ambos os sexos, de acordo com os dois últimos Inquéritos Nacionais de Saúde.

Benefícios da Cessação Tabágica

- O risco de enfarte iguala o de alguém que nunca fumou entre 5 a 15 anos após a cessação;
- O risco de cancro da boca, garganta e esófago diminui para metade 5 anos após a cessação;
- O risco de cancro da laringe diminui logo após a cessação;
- O risco de doença coronária diminui para metade 6 meses depois;
- O risco de morte por Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica fica reduzido após a cessação e o risco de cancro do pulmão baixa para metade 10 anos depois;
- O risco de úlcera gástrica diminui logo após a cessação;
- O risco de cancro da bexiga diminui para metade após alguns anos;
- O risco de nascimento de bebés de baixo peso diminui se a mulher deixar de fumar antes de engravidar ou durante o 1º trimestre da gravidez.

Razões para deixar de fumar

Alem de fumar ser prejudicial para a sua saúde e dos que o rodeiam causa também dependência, mau hálito, deteriora os dentes e contribui para o envelhecimento precoce da pele.

Parar de fumar dar-lhe-á mais saúde e qualidade de vida consequentemente menos gastará com a sua saúde. Para além do impacto positivo sobre as suas finanças: por exemplo se fuma um maço de cigarros por dia, ao deixar de fumar poupará, por ano, à volta de 1500 euros, dinheiro que poderá gastar em algo que lhe dê prazer e não lhe arruíne a saúde. Força, vale mesmo a pena.

As razões para deixar de fumar podem ser intrínsecas ou extrínsecas ao indivíduo. Nos fatores intrínsecos encontram-se por exemplo, os benefícios para a saúde, que englobam a qualidade de vida, a estética e as razões económicas. Nos fatores extrínsecos ao indivíduo destacam-se a indicação médica e as pressões familiares, profissionais e sociais, entre outros. Existe uma forte ligação entre os fatores intrínsecos e extrínsecos no processo de deixar de fumar.

Na Europa, um estudo realizado em 17 países, demonstrou que a maioria dos fumadores quer deixar de fumar, independentemente do grau de dependência de nicotina e que a maioria já tentou pelo menos uma vez. Na 2ª Guerra Mundial resultaram 50 milhões de mortos. Enquanto no século 20 o cigarro causou cerca de 100 milhões de mortes em todo o mundo, o dobro das mortes da 2ª Guerra Mundial.

Já no século 21, se padrões de uso atuais permanecerem, o tabagismo será a causa de aproximadamente 1000 milhões de mortes, dez vezes mais que o século passado e 20 vezes mais do que na 2ª Guerra Mundial (Gajalakshmi et al., 2000).

Modelo Cognitivo da Adição

- Principais funções do consumo

Procura de gratificação; Redução do mal-estar; Objetivos Sociais; Resposta condicionada

- Importância de compreender a função

- Avaliação;- Intervenção

Características predisponentes

- Elevada sensibilidade e emoções desagradáveis
- Baixa motivação para o autocontrole
- Dificuldades na resolução de problemas
- Impulsividade
- Baixa tolerância ao aborrecimento e à frustração
- Dificuldade em estabelecer objetivos a longo prazo

Avaliação

A primeira consulta

- Levantamento dos dados sociodemográficos
- Análise do consumo
 - Quando, como e porquê iniciou o consumo
 - Da experiência à dependência
 - Obstáculos à cessação

- Manutenção atual do consumo
- Situações – pensamentos- emoções – consumo
- Fatores de risco e fatores de proteção
 - Explorar dados relevantes da história de vida
 - Explorar se existem outros problemas de vida atuais
 - Estratégias de coping predominantes
 - Outros consumos e psicopatologias
 - Aplicação de questionários
- Diagnóstico

Formulação de caso

Informação central: perfil desenvolvimental (historia familiar, educacional, vocacional, relacional, acontecimentos significativos e traumáticos, origem do sistema de crenças...),

História do consumo: inicio, passagem para a dependência, tentativas de cessação, situações de risco, diagnostico...

Funcionamento atual: problemas de vida que contribuíram ou são consequência do consumo, competências de resolução de problemas, relações significativas, resultados questionários...

Aspetos centrais da terapia cognitiva

Estabelecimento de objetivos (sendo uma definição de forma colaborativa)

A relação terapêutica

- Confidencialidade
- Relação colaborativa e não impositiva
- Evitar julgamentos
- Necessidade de sinceridade em relação ao consumo
- Ver cliente como pessoa na sua totalidade e não apenas como um fumador
- Debater sentimentos e atitudes face à terapia
- Disponibilidade para emergências
- Contactar em caso de falta (discutir desistência)

Estratégias de Intervenção

Distorção do prazer

- Técnica para reduzir a gratificação sentida com o ato de fumar
- Suster o fumo na boca como forma de maximizar sensações desagradáveis (ex. sabor intenso e hálito resultante)
- Fumar a um ritmo normal mas focalizando as sensações negativas (ex. “arranhar” a garganta, fumo na cara, cheiro das mãos...)

Alteração do meio físico

- Impossibilitar ou dificultar o acesso à substância (ex. combinar que a esposa compra o tabaco)
- Limitar estímulos discriminativos do consumo (ex. cinzeiros, bebidas, café, isqueiros,...)
- Substituir por estímulos antagonistas (ex. avisos com “proibido fumar”, beber água, brinquedos dos filhos...)

Alteração do contexto social (principalmente no início)

- Restringir exposição aos contextos sociais discriminativos do consumo (ex. café, bares, discotecas, grupo de amigos fumadores...)
- Substituir por outros contextos antagonistas do comportamento de consumo (ex. quarto, zona de não fumadores, convívio com não-fumadores, passeios ar livre – locais onde não se costuma fumar habitualmente)
- Impossibilidade de evitar todos os contextos associados ao consumo

Controlo das consequências

- Auto reforço para consecução de objetivos (ex. Jantar especial, viagem, prenda...)
- Autopunição para retrocessos (ex. Dar dinheiro que poupou a outra pessoa, reduzir atividades de prazer...)
- Envolvimento de familiares (na consulta ou no plano de contingências através do cliente)

Técnicas de distração

- Mudar foco de atenção de fontes internas (ex. pensamentos automáticos, sensações corporais...) para fontes externas, como forma de diminuir força do desejo de consumo

- Exemplos de descentração:

- Descrever ambiente; Conversar com alguém; Tarefas domésticas; Recitar poemas, cantar, fazer oração...; Jogos: ex. Sudoku, palavras cruzadas, etc.

Cartões com mensagens

- Quando o desejo de fumar é muito elevado a pessoa perde a capacidade de pensar objetivamente

- Registo em pequenos cartões de frases que os podem ajudar a ultrapassar esses momentos sem fumar (ex. vantagens de não fumar, coisas que pode comprar com dinheiro que está a poupar, autoafirmações de confronto positivas...)

Técnicas de imaginação

- Indução de cena agradável: dirigir a atenção dos estados internos relacionados com o desejo de consumo para cenas agradáveis (ex. praia, floresta, voar...)

- Substituição por imagem negativa: quando o cliente se imagina a fumar e a ter prazer com esses comportamentos, substitui esta imagem positiva do consumo por imagem negativa (ex. estar num hospital doente, ouvir críticas da família, não conseguir fazer desporto...)

Relaxamento Muscular Progressivo

- Explicação racional e objetivos; Reduzir tensão; Evitar impulsividade (tempo entre desejo e consumo); Oportunidades de bem-estar

- Aplicação Generalizada e específica nos momentos de maior exigência

Relaxamento Imagético

- Avaliar o que é tranquilizador para o cliente; Objetivo duplo: descentrar e relaxar; Construir a cena em conjunto; Induzir cena agradável, focalizando todos os sentidos; Utilização generalizada e aplicação específica nos momentos de desejo de consumo mais intenso

Outras técnicas de relaxamento

- Massagens; Música; Banhos quentes; Bebidas quentes; Atividades de lazer; Atividade física

Análise de vantagens e desvantagens

- Contrariar: maximização das vantagens do consumo e minimização dos prejuízos
- Análise das vantagens e desvantagens quer do consumo quer da cessação/abstinência (em várias áreas de vida)
- Construção de um quadro e registo na consulta e completar ao longo da (s) semana (s)

Trabalhar com o paciente: vantagens e desvantagens dos consumos e vantagens e desvantagens da cessação; procurar respostas do paciente;

Gestão adaptativa das emoções

- Analisar emoções associadas ao consumo
- Analisar todas as estratégias de gestão utilizadas
- Alargar leque de técnicas (comportamentais e cognitivas)
- Ex. Tristeza - pensar nos filhos e nas suas competência enquanto mãe/pai
- Ex. Raiva - fazer exercício físico
- Ex. Nervosismo - qualquer tipo de relaxamento

Atividade física regular

- Análise do padrão de atividade física
- Definição de atividades mais gratificantes
- Desporto como atividade de lazer e prazer e não como tarefa obrigatória
- Discutir benefícios (redução dos danos causados pelo tabaco, elevação do humor, redução da ansiedade, benefícios para vida sexual...)
- Incluir no plano de atividades e fazer monitorização

Redução da dependência fisiológica

- Construção de gráficos do consumo (redução progressiva da quantidade)
- 60 Cigarros/dia ---> 40 cigarros/dia (50 - 35; 40- 28; 35 - 25; 30 - 20; 25 - 18; 20 - 15; 15 -10; 12 - 8; 10 - 6; 8 - 5; 6 - 4; 4 ou menos -0)

- Adiamento do consumo
- Reduzir progressivamente a quantidade de cigarro fumado
- Reduzir a profundidade da inalação

Plano de Intervenção

- **Estádio de pré-ponderação e ponderação** (anterior ao início do processo)
 - Levantar dúvidas
 - Trabalhar e reforçar a relevância do abandono do consumo
 - Esclarecer acerca dos riscos do tabagismo a curto, médio e longo-prazo
 - Ajudar a identificar os potenciais benéficos da cessação do consumo em diversas áreas da vida do indivíduo
 - Identificar barreiras e Impedimentos ao abandono e indicar formas de tratamento dirigidas à sua resolução
 - Repetir a Intervenção motivacional em todos os contactos com o fumador
- **Estádio de preparação (2 a 4 sessões)**
 - Análise da história clínica e do consumo (conceptualização)
 - Avaliação do grau de dependência e de motivação/intenção de mudança (com questionários próprios (Teste de Fagerstrom e Teste de Richmond)
 - Exploração das consequências do consumo e análise das (des) vantagens de fumar e da abstinência
 - Exploração das tentativas anteriores e motivos de recaída
- **Estádio de preparação**
 - Exploração das crenças relacionadas com o consumo (início do autocontrolo)
 - Analisar e debater justificações para o consumo
 - Exploração do sistema de suporte social e planeamento da mobilização dos recursos sociais
 - Análise de competências utilizadas na resolução de problemas anteriores
 - Assinar contrato de cessação (radical ou progressiva)
 - Aconselhamento da prática regular de desporto

- **Estádio de Ação (3 a 5 sessões)**
 - Avaliação dos sintomas de privação
 - Discussão das dificuldades e reavaliação das resistências
 - Identificação de desencadeadores e situações de risco
 - Identificação de alternativas e situações protetoras
 - Definição dos horários de risco e estratégias de confronto
 - Limpeza ambiental e controlo dos estímulos desencadeadores
 - Informar outros significativos da sua decisão
 - Recompensas autogeridas
 - Auto registo: situações, sentimentos, pensamentos e comportamentos
 - Exploração de respostas racionais para pensamentos associados a desejo de consumo
- **Estádio de Ação**
 - Encontrar formas para lidar com sentimentos negativos como a ansiedade e humor deprimido (treino da respiração diafragmática, treino de relaxamento, desporto, atividades prazerosas, debate cognitivo)
 - Alteração de algumas rotinas
 - Planeamento de atividades e planificação do tempo
 - Modificação do estilo de vida - definição de objetivos e estratégias nas dimensões física, psicológica e emocional, relacionamentos sociais e financeira
 - Treino de estratégias de resolução de problemas
 - Preparar e monitorizar desmame da medicação (caso se aplicar)
- **Estádio da manutenção (3 a 6 sessões)**
 - Avaliação periódica das dificuldades
 - Exploração de estratégias de confronto para dificuldades sentidas
 - Recompensas periódicas
 - Monitorização das estratégias implementadas
 - Avaliação dos resultados e da autoeficácia
 - Revisão dos benefícios da abstinência
- **Estádio da manutenção**
 - **Prevenção da recaída**

- Identificação de situações de risco e estratégias de confronto
- Interpretação/significado da recaída
- Como reagir face a recaída
- Nova mobilização de recursos
- **Finalização**
- Análise dos sucessos
- Definição de objetivos a médio e longo prazo
- Revisão do processo
- Diploma simbólico de "não fumador"

Observações: Desenvolvi este Programa de Cessação Tabágica no âmbito do estágio na Clínica Tian De Ren. No entanto e infelizmente não chegou a ser aplicado.

Programa de Gestão e Controlo de Peso

Objetivos

O Programa de Gestão e controlo de Peso pretende promover alterações estáveis dos hábitos e estilos de vida das participantes. Baseando-se fundamentalmente de que, num processo de mudança é essencial definir e partilhar objetivos claros, para que todos os intervenientes conheçam as metas a atingir e também para que seja possível monitorizar o progresso ao longo do tempo. Neste sentido são objetivos dos participantes deste programa, as seguintes metas:

- Assiduidade de pelo menos 90% das sessões;
- Evitar o ganho de massa gorda durante a duração do programa;
- Aumentar a atividade física no dia-a-dia (atingir 10.000 passos diários sempre que possível) realizar 30 minutos ou mais de exercício de intensidade moderada, pelo menos 4 dias da semana;
- Melhorar a qualidade nutricional da sua alimentação e reduzir 300-500 calorias diárias em comparação com o ingerido antes do início do programa;
- Conseguir uma redução considerável da massa gorda;
- Aumentar o conhecimento sobre pontos essenciais no controlo de peso, tais como nutrição, atividade física, equilíbrio energético, consequências para a saúde da obesidade, e o impacto do meio ambiente físico e sociocultural;

- Abandonar a procura do controlo externo, desenvolvendo uma postura mais autónoma acerca da gestão do peso e respetivas influências e responsabilizando-se pelas suas escolhas e comportamentos;
- Desenvolver competências específicas e hábitos de auto monitorização do processo individual de controlo de peso (monitorização do peso, alimentação, atividade física estado emocional);
- Adotar uma atitude de envolvimento tanto no programa como na vida diária, potenciando resultados positivos ao nível da qualidade de vida, saúde mental, bem-estar e autoestima.

Barreiras e Motivação

A questão motivacional é assumida como a pedra-chave de todo o processo, servindo os *check-in* e as dinâmicas interativas para aceder a possíveis barreiras e dificuldades específicas, permitindo identificá-las e progressivamente ultrapassá-las.

São ferramentas essenciais a este nível:

Auto Monitorização

Particular ênfase é dada à auto monitorização (alimentação, AF, peso), enquanto ferramenta a utilizar e integrar, permitindo tornar consciente e identificável o automático, sendo possível identificar padrões de comportamento e níveis de desempenho.

Resolução de Problemas

Promoção de competências ao nível da resolução de problemas (método dos 6 passos), procurando-se promover a capacidade e autonomia das participantes para fazerem face a problemas específicos que coloquem entraves à mudança e sua manutenção.

Perceção de Autoeficácia

Definição de objetivos concretos e realistas, passíveis de serem monitorizados e alcançados, pela apresentação de testemunhos de sucesso, encorajando as participantes de grupos anteriores (casos de sucesso) a servirem de testemunho ao grupo, trabalhando-se também o desenvolvimento de planos de contingência que permitam antecipar situações críticas.

Suporte Social

Estímulo à procura de apoio e envolvimento de outros significativos (cônjuges, filhos, amigos, familiares).

Desenvolvimento de um sistema de recompensas pessoais

No desenvolvimento deste sistema é estimulado o reforço do comportamento pela antecipação de recompensas intrínsecas (Por exemplo, satisfação pela participação, sensação de bem-estar, aumento da autoestima), sempre tendo em conta a individualidade de cada participante, os seus objetivos e interesses.

Melhoria da Imagem Corporal

Esta componente do programa visa a identificação e análise de distorções e insatisfações ao nível da imagem corporal. Estas são promovidas, muitas vezes, pela pressão externa e podem levar ao desenvolvimento de objetivos irrealistas que comprometem o processo de mudança. Neste sentido, o trabalho a desenvolver prende-se com a identificação das distorções como perceção seletiva e generalização abusiva, promovendo a reestruturação num clima de aceitação positiva e valorização de cada corpo como único. Pretende-se assim contribuir para a autoaceitação a par do autoconhecimento, no sentido da maior consciência de si, facilitadora da autorregulação pretendida.

Manutenção do peso

Dada a crescente evidência científica de que a maioria do peso perdido em programas de perda de peso é recuperada no médio/longo prazo, evidencia-se a necessidade de desenvolvimento de componentes de intervenção especificamente estruturados com vista à promoção de competências de manutenção do peso. Neste sentido, a última parte do programa incide no desenvolvimento de estratégias para otimizar a fase de manutenção, tais como: definição do padrão de peso a ser mantido; estabelecimento de um sistema de monitorização do peso, prático e passível de ser mantido; promoção do conhecimento e interpretação de alterações corporais; desenvolvimento de planos de contingência (saber quando e como agir de forma rápida).

